

Effect of Prayer on Depression among Mothers with Premature Infants in NICU

Maryam Sharifnia¹,
Mohamed Hasan Hasanzadeh²,
Seyed Morteza Asadi Kakhaki³,
Seyed Reza Mazlom⁴,
Soheila Karbandi⁵

¹ MSc in Neonatal Intensive Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

² Assistant professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Torbate Jam Branch, Torbate Jam, Iran

³ Instructor, Department of Maaref, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁴ Instructor, Evidence Based Care Research Centre, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁵ Instructor, Evidence Based Care Research Centre, Department of Pediatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

(Received March 13, 2017 Accepted September 26, 2017)

Abstract

Background and purpose: Postpartum depression is a serious preventable problem with various effects. According to previous studies, 44% of mothers with infants in neonatal intensive care units (NICU) show emotional symptoms such as depression and restlessness. Religion has always been regarded as a complementary approach and praying is usually used by people in harsh conditions. The aim of this study was to evaluate the role of prayer on depression in mothers with premature infants admitted to NICU.

Materials and methods: In a clinical trial, 60 mothers of premature infants were randomly divided into a control group (n=30) and an intervention group (n=30). In the intervention group a prayer program was conducted for mothers one day after NICU admission for 7 days. Data was collected using a demographic questionnaire, SCL90 scale, DASS 21, and the Prayer Questionnaire. Data was analyzed in SPSS V11.5 applying Independent t-test, Mann-Whitney U, Paired t- test, and ANOVA.

Results: The two groups were homogenous for all demographic factors (mother's age, type of delivery, gravidity, number of childbirth, abortion, number of children, etc.) and that of the neonates (gender, Apgar Score, etc.) except infant birth weight (P=0.045). At the end of the intervention, there was no significant difference between the two groups in depression score (P=0.118) but one month later the scores revealed a significant difference between two groups (P=0.047).

Conclusion: Prayer can be effective in prevention of depression in mothers with premature neonates.

Keywords: depression, postpartum depression, prayer, premature infants

تاثیر دعا بر میزان افسردگی مادران دارای نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان

مریم شریف نیا^۱

محمد حسن حسن زاده^۲

سید مرتضی اسدی کاخکی^۳

سید رضا مظلوم^۴

سهیلا کربندی^۵

چکیده

سابقه و هدف: افسردگی پس از زایمان یک مشکل جدی و قابل پیشگیری با تاثیر گسترده است. بر طبق تحقیقات، ۴۴ درصد مادران دارای نوزاد نارس بستری، علائم احساسی مانند افسردگی و بی قراری را نشان می دهند. در این میان، مذهب به عنوان یک رویکرد مکمل مطرح بوده و دعا بیشترین منبعی است که افراد در شرایط سخت استفاده می کنند. هدف مطالعه حاضر، تعیین تاثیر دعا بر میزان افسردگی مادران دارای نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان است.

مواد و روش‌ها: در این کارآزمایی بالینی، ۶۰ مادر دارای نوزاد نارس، به طور تصادفی به دو گروه مداخله (۳۰ نفر) و کنترل (۳۰ نفر) تقسیم شدند. در گروه مداخله، دعا یک روز بعد از حضور مادر در بخش ویژه و به مدت هفت روز اجرا شد. ابزار پژوهش در این مطالعه شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه SCL90، DASS 21 و پرسشنامه دعا بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از SPSS ویرایش ۱۱/۵ و آزمون‌های آماری t مستقل، آنالیز واریانس، من ویتنی و t زوجی انجام شد.

یافته‌ها: دو گروه از نظر تمامی مشخصات فردی (سن مادر، نوع زایمان، دفعات بارداری، تعداد زایمان، سقط، تعداد فرزند و....) و نوزادی (جنس، آپگار و....) به جز وزن بدو تولد نوزاد ($p=0/045$) همگن بودند. در پایان مداخله، مقایسه نمره افسردگی بین دو گروه تفاوت آماری معنی دار وجود نداشت ($p=0/118$)، اما یک ماه بعد، تفاوت آماری معنی دار بود ($p=0/047$).

استنتاج: دعا می تواند در پیشگیری از افسردگی مادر دارای نوزاد نارس موثر باشد

واژه های کلیدی: افسردگی، افسردگی پس از زایمان، دعا، نوزاد نارس

مقدمه

حدی تنش‌زا باشد که سبب بیماری‌های روانی گردد (۱). اختلالات پس از زایمان طیف گسترده‌ای را شامل می‌شوند که وضعیت جدی‌تر ولی با شیوع کم‌تر آن، افسردگی پس از زایمان است (۲). این مورد، یک

حاملگی و دوره پس از زایمان، مادر و خانواده‌اش را با انواع تقاضاها رو به رو می‌کند. معمولاً مادران به خوبی از عهده مراقبت از کودک برآمده و با تاثیرهای ناشی از آن سازش می‌یابند. اما این دوران می‌تواند به

Email: karbandis@mums.ac.ir

مؤلف مسئول: سهیلا کربندی - مشهد، چهارراه دکتر، خیابان ابن سینا، دانشکده پرستاری و مامایی

۱. کارشناسی ارشد پرستاری، مراقبت ویژه نوزادان، دانشکده پرستاری و مامایی، مشهد، مشهد، ایران

۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربیت جام، تربیت جام، ایران

۳. مربی، گروه معارف، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۴. مربی، گروه جراحی داخلی، مرکز تحقیقات مراقبت مبتنی برشواهد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۵. مربی، گروه پرستاری کودکان، مرکز تحقیقات مراقبت مبتنی برشواهد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۲/۲۳ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۶/۴/۱۹ تاریخ تصویب: ۱۳۹۶/۷/۴

از Stewart و Watson آورده است، ۱۵ تا ۲۰ درصد ازدواج‌ها در طی ۲ تا ۳ سال پس از تولد نوزاد با شکست مواجه می‌شود (۲).

درک صدماتی که اعضای خانواده و حتی جامعه به واسطه افسردگی مادر متحمل می‌شوند، عاملی است که دست‌اندرکاران حرفه پزشکی را به بررسی و حمایت روحی مادران بر می‌انگیزاند (۲).

تولد نوزاد نارس یک واقعه استرس‌زای غیر قابل انتظار برای مادر است و به عنوان بحران موقعیتی شناخته می‌شود (۸). بر طبق تحقیقات، ۴۴ درصد مادران دارای نوزاد نارس بستری، علائم احساسی مانند افسردگی و بی‌قراری را نشان می‌دهند که حتی بعد از ترخیص نوزاد نیز این میزان در حدود ۲۶ درصد باقی خواهد ماند (۹) و نشانه‌های بالینی اضطراب و افسردگی در ۲۰ درصد از مادران در پایان سال اول زندگی نوزاد نیز باقی می‌ماند (۱۰). هم‌چنین ثابت شده است که استرس تجربه شده در مادران می‌تواند در بروز افسردگی پس از زایمان نقش داشته باشد (۱۱) که این می‌تواند اثرات بسیار مخربی بر رابطه مادر و نوزاد (۹)، تکامل عصبی اولیه نوزاد (۱۲)، عدم موفقیت در تغذیه پستانی توسط مادر (۱۳) و تأثیر منفی بر روی عملکرد بعد شناختی کودک نارس داشته باشد که ممکن است تا اوایل یا حتی تا اواخر دوران طفولیت باقی بماند (۱۴).

در میان درمان‌های موجود در سال‌های اخیر، پژوهشگران علوم سلامت در سراسر جهان، مذهب و دعا را به عنوان یکی از رویکردهای مکمل در ارتقای سلامت به طور جدی مورد توجه قرار داده‌اند. برخی از مطالعات گویای آن است که داشتن اعتقادات دینی و شرکت در فعالیت‌های مذهبی سبب تسهیل در سازش یافتگی می‌شود (۱۵). در میان منابع مذهبی، دعا بیش‌ترین منبعی است که افراد در شرایط سخت استفاده می‌کنند (۱۶). افراد در هنگام مواجهه با مشکل، از دعا کردن به عنوان یک استراتژی سازگاری استفاده می‌کنند (۱۷). دعا به طور کلی به معنای درخواست از پروردگار بوده و در

مشکل جدی و قابل درمان با تأثیر گسترده بر مادر و خانواده بوده و به صورت شایعی کم‌تر از حد واقعی تخمین زده می‌شود (۱). طبق آمار سازمان جهانی بهداشت، میزان افسردگی و اضطراب در زنان غیر حامله ۵ درصد، در زمان حاملگی ۱۰-۸ درصد و در طی یک سال بعد از زایمان، ۱۳ درصد می‌باشد (۳). میزان شیوع افسردگی پس از زایمان به علت نقش عوامل محیطی، بسیار متفاوت گزارش شده است، به طوری که طبق مطالعات به عمل آمده در ایران، میزان شیوع آن ۳۹/۴-۲۷/۴ درصد گزارش شده است (۲).

افسردگی بعد از زایمان، جایگاه ناشناخته‌ای در امر بالین دارد و ماماها و متخصصین، معمولاً مادران را در این زمینه پیگیری نمی‌کنند. بنابراین، در بسیاری از موارد، افسردگی تشخیص داده نمی‌شود و درمانی هم صورت نمی‌گیرد. در صورتی که اگر مادران در معرض خطر افسردگی، شناسائی شوند، می‌توان اقدام به پیشگیری ثانویه کرد (۴).

عواملی از قبیل تحصیلات پایین، وضعیت اقتصادی و اجتماعی ضعیف، تاریخچه خانوادگی و شخصی، سابقه سوء مصرف مواد (۵)، تعداد حاملگی‌های قبلی، بارداری ناخواسته، سابقه ی سندروم پیش از قاعدگی (Premenstrual syndrome (PMS))، کمبود حمایت اجتماعی، بروز حوادث استرس‌زا (۶)، مشکلات سلامت فیزیکی، مشکلات روابط زناشویی، عوارض بارداری و زایمان، زایمان زودرس، چندقلویی و نگرانی از مراقبت کودک در ایجاد آن موثر است (۱). افسردگی پس از زایمان علاوه بر اثرات زیان‌بخش در روابط مادر و کودک، ارتباط با همسر را نیز مختل می‌کند و همسران زنان افسرده، اغلب علائمی از افسردگی از جمله اضطراب، کمبود انرژی و حتی افکار آسیب به خود یا نوزاد را نشان می‌دهند (۲، ۷). هم‌چنین در صورتی که افسردگی پس از زایمان برطرف نشود، ممکن است به طلاق و جدایی منجر گردد. گلیان تهرانی به نقل

درصد) در ایران و هم‌چنین اثرات مخربی که در تمامی ابعاد بر روی مادر، نوزاد و خانواده بر جای می‌گذارد و مطابقت با فرهنگ، قابلیت اجرا، در دسترس و کم‌هزینه بودن مداخله، پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر دعا بر میزان افسردگی مادران دارای نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی بوده که بر روی ۶۰ نفر از مادران دارای نوزاد بستری در بخش ویژه نوزادان انجام شد. برآورد نمونه در این مطالعه با استفاده از فرمول "تعیین حجم نمونه برای مقایسه میانگین در دو جامعه" و با توجه به یافته‌های مربوط به مطالعه مقدماتی و هم‌چنین پژوهش‌های گذشته به دست آمده است؛ برآورد نمونه ۲۵ مورد محاسبه شد که برای دقت بیشتر با احتمال ۲۰ درصد ریزش نمونه، در هر گروه ۳۰ نفر و در مجموع ۶۰ نفر محاسبه شد؛ در نهایت تجزیه و تحلیل آماری نیز براساس ۳۰ نمونه در هر دو گروه صورت گرفت. در گروه کنترل ۳۱ نفر و گروه مداخله ۳۳ نفر نمونه گیری شدند. در گروه کنترل یک مورد به دلیل فوت نوزاد و ۳ مورد در گروه مداخله (یک مورد به دلیل فوت نوزاد و دو مورد نیز به دلیل عدم همکاری در پیگیری یک ماه بعد) حذف گردیدند.

پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مادران دارای نوزاد نارس پذیرش شده در بخش مراقبت ویژه نوزادان و دارای معیارهای ورود زیر، بررسی شدند: مادرانی که نمره پرسشنامه دعا، بیش از دو انحراف معیار از میانگین اختلاف نداشته باشد، داشتن نوزاد با سن جنینی کم‌تر از ۳۵ هفته، نداشتن ملاک‌های تشخیصی برای اختلالات بارز روانپزشکی از قبیل سایکوز، افسردگی اساسی، وسواسی-جبری و اختلالات شخصیت که با پرسشنامه SCL90 مشخص می‌گردد، تک قل بودن نوزاد، نداشتن ناهنجاری جسمی مشهود نوزاد و داشتن ملیت ایرانی. معیارهای خروج

طب اسلامی به منظور بهبود بیماری‌ها و ارتقای سلامت مورد استفاده قرار گرفته است (۵). در روایات بیشماری نیز از ائمه اطهار به دعا کردن در بیماری و مشکلات سفارش شده است. امام صادق علیه السلام می‌فرماید: بر تو باد دعا کردن، زیرا که در آن شفای هر دردی است. رسول گرامی اسلام (ص) می‌فرماید: دعا صلاح انسان مومن است (۱۸). اخیراً بسیاری از پژوهشگران، اثربخشی استفاده از دعا را افزون بر درمان‌های رایج، برای حالت‌هایی مانند افسردگی، وابستگی‌های دارویی، مشکلات زناشویی و بیماری‌های قلبی مورد بررسی قرار داده‌اند و از آن سود می‌جویند (۱۶). در پژوهشی که توسط بهرامی و همکاران در سال ۱۳۸۵ تحت عنوان اثر بخشی آموزش معنویت به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی در دانشجویان انجام شد، مشخص گردید مداخلات معنوی شامل دعا، بخشودگی، مراقبه متعالی و معنایابی موجب کاهش افسردگی در دانشجویان دختر شده است (۱۹). هم‌چنین توکل به خداوند و اضطراب و بردباری دانشجویان، سلامت روان و تقیدات دینی دانشجویان، افسردگی و نگرش مذهبی، رابطه صله رحم و اختلالات افسردگی و عملکرد و نگرش‌های دینی و افسردگی در سالمندان انجام شده است (۲۰). در مطالعه پورفرزاد و همکاران در سال ۱۳۹۱ با عنوان تاثیر دعای توسل بر سلامت روان دانشجویان دانشکده پرستاری نشان داده شد که تفاوت معنی داری میان مرحله قبل و بعد گروه آزمون برای دو مقیاس سلامت روان (افسردگی و اضطراب) وجود دارد (۰/۰۵) $(P < 0.05)$ (۲۱). در مطالعه Boelens و همکاران نیز دعا باعث بهبود افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی گردید (۲۲).

به طور کلی، افزایش علاقه و توجه دانشمندان علوم پزشکی به تأثیر دعا در درمان بیماری‌ها می‌تواند نشان‌دهنده اعتراف پژوهشگران علوم پزشکی به اهمیت استفاده از روش‌های طب سنتی و مکمل از جمله دعا درمانی برای درمان بیماری‌ها باشد (۵). با توجه به میزان شیوع نسبتاً بالای افسردگی پس از زایمان (۳۹/۴-۲۷/۴

است که به عنوان وسیله غربال و تشخیص با موفقیت به کار گرفته شده است. ۹۰ ماده این آزمون، ۹ بعد شکایت‌های جسمی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار بدگمانانه و روان پریشی را در بر می‌گیرد. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط بررسی‌های متعددی در ایالات متحده آمریکا و ایران تأیید شده است. پایایی آزمون در بررسی‌های انجام شده در تمام مقیاس‌ها به استثناء پرخاشگری، ترس مرضی و افکار بدگمانانه بیش‌تر از ۰/۸ بوده و اعتبار سازه به دست آمده همگی نشان دهنده این است که می‌تواند به عنوان وسیله غربالگری یا تشخیص اختلال‌های روانی در ایران به کار برده شود (۲۴). در این مطالعه پایایی مجدد به روش آلفای کرونباخ و روی یک نمونه ۲۰ تایی انجام شد که ۹۵/۶ درصد محاسبه گردید.

یک روز بعد از حضور مادر در بخش، از آن‌ها خواسته شد مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS21) را پاسخ گویند. مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس یک ابزار خود سنجی است که شامل ۲۱ پرسش و سه بخش مساوی مربوط به هر یک از شاخص‌های مورد بررسی می‌باشد. هر یک از پرسش‌ها دارای مقیاس چهارتایی لیکرت بین صفر تا سه است (=۰ هرگز، ۱=کم، ۲=متوسط، ۳=خیلی زیاد) Lovibond و Lovibond در مطالعه‌ای در مورد یک نمونه بهنجار، همسانی درونی بالایی را برای مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس (به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴ و ۰/۹۰) محاسبه کرد (۲۵). اعتبار و روایی این آزمون در پژوهش‌های متعدد مورد بررسی شده است (۲۶). در مطالعه حاضر پایایی مجدد به روش آلفای کرونباخ و روی یک نمونه ۲۰ تایی انجام شد که پایایی، ۸۹/۵ درصد محاسبه شد.

برای از بین بردن تأثیر متقابل مادران بر هم ابتدا یک گروه مورد آزمون قرار گرفته و بعد از جمع‌آوری

شامل فوت نوزاد، ترخیص نوزاد زودتر از هفت روز، عدم همکاری و اجرای صحیح مداخله توسط مادر بود. افراد دارای معیارهای مورد نظر، با تخصیص تصادفی در دو گروه کنترل و مداخله قرار گرفتند. برای انتخاب گروه اول جهت نمونه‌گیری سکه انداخته شد که براساس آن گروه کنترل به طور تصادفی مشخص شد. ورود مادران به پژوهش به روش غیر احتمالی آسان بود. پس از حضور در بخش و معرفی پژوهشگر، اهداف پژوهش و روش کار، توضیح داده شد و در نهایت در صورت رضایت کتبی مادر، در ۲۴ ساعت اول پس از زایمان و در بخش زنان-مامایی در ابتدا پرسشنامه دعا پر گردید و در صورتی که نمره مادران از پرسشنامه دعا بیش از دو انحراف معیار از میانگین اختلاف نداشت، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه SCL90 تکمیل گردید.

پرسشنامه دعا در سال ۱۹۹۱ توسط Poloma و Pendelton برای اندازه‌گیری تناوب آداب دعا کردن و تجربه قبلی دعا تهیه شده بود. این ابزار توسط Meraviglia برای بیماران مبتلا به سرطان مورد استفاده قرار گرفت و در آن تجدید نظر شد. این ابزار ۳۲ سؤال دارد. ۱۷ سؤال اول در مورد تناوب آداب دعا، ۹ سؤال بعدی در مورد تجربه قبلی دعا کردن و ۶ سؤال آخر، نگرش بیماران را نسبت به دعا اندازه می‌گیرد. ضریب پایایی تناوب آداب دعا کردن، تجربه قبلی دعا و نگرش نسبت به دعا در مطالعه Meraviglia به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۸ و ۰/۷۳ تعیین شد. روایی پرسشنامه دعا پس از ترجمه به فارسی از طریق اعتبار محتوا تعیین گردید (۲۳). در مطالعه حاضر پایایی مجدد به روش آلفای کرونباخ و روی یک نمونه ۲۰ تایی انجام شد ۷۷/۲ درصد محاسبه گردید.

پرسشنامه SCL90 جهت بررسی مادر از لحاظ نداشتن اختلالات اساسی روانپزشکی تکمیل گردید که در صورت نداشتن این اختلالات، مادر وارد نمونه شد. این آزمون از پر استفاده‌ترین آزمون‌های روان‌شناختی

یافته ها

اطلاعات دموگرافیک مادر، پدر و نوزاد که توسط پرسشنامه گردآوری شده است (سن مادر، نوع زایمان، تعداد بارداری، تعداد زایمان، تعداد فرزند، تعداد سقط، محل سکونت، سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال مادر و پدر، میزان درآمد خانوار، سن داخل رحمی، جنسیت، نمره آپگار، رتبه تولد و وزن بدو تولد نوزاد) مورد بررسی قرار گرفتند و با آزمون‌های آماری نشان داده شد که دو گروه از نظر تمامی متغیرها به جز وزن بدو تولد نوزاد همگن می‌باشند.

در راستای هدف کلی تحقیق، مقایسه میانگین نمره افسردگی در دو گروه نشان داد که دو گروه از نظر این متغیر همگن هستند ($p=0/586$). بر اساس جدول شماره ۱، میزان افراد عادی و بدون افسردگی قبل از ورود به مطالعه در گروه کنترل ۶۶/۷ درصد بوده است که یک ماه بعد این میزان به ۷۶/۷ درصد رسیده است، ولی در گروه مداخله از ۷۰ درصد در ابتدای مطالعه به ۹۰ درصد در یک ماه بعد رسید. هم‌چنین موارد افسردگی شدید و بسیار شدید در گروه مداخله بعد از پایان برنامه دعا و یک ماه بعد کاملاً از بین رفت، ولی این مقادیر در گروه کنترل بعد از یک هفته کاهش یافت، اما در یک ماه بعد دوباره افزایش یافت.

مقایسه میانگین نمره افسردگی در دو گروه با آزمون من ویتنی نشان داد که بین دو گروه در مرحله قبل از شروع مداخله تفاوت آماری معنی‌دار وجود ندارد و دو گروه از نظر این متغیر همگن هستند ($p=0/586$).

در داده‌های یک هفته بعد نیز مقایسه میانگین نمره افسردگی در دو گروه با آزمون من-ویتنی نشان داد که بین دو گروه از نظر این متغیر در یک هفته پس از آزمون تفاوت آماری معنی‌دار وجود ندارد ($p=0/118$). اما یک ماه بعد، نمره افسردگی در دو گروه اختلاف

نمونه به میزان برآورد شده، گروه دیگر تحت بررسی قرار داده شدند. مادران در گروه مداخله نیز پس از تکمیل نمودن پرسشنامه‌ها وارد مداخله شده و یک روز پس از ورود به بخش ویژه نوزادان، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس را پاسخ گفتند. سپس برای این گروه، دعای توسل با صدای واحد که به صورت صدای ضبط شده بوده به صورت فایل صوتی در اختیار مادران قرار داده شد که قابلیت شنیدن توسط دستگاه‌های مختلف دیجیتالی به خصوص موبایل را دارا بود. در صورتی که مادران دسترسی به هیچ‌یک از این وسایل را نداشتند، دستگاه پخش کننده (mp3 player) در اختیار مادران قرار داده می‌شد. مادران این مداخله را حداقل به مدت ۲۰ دقیقه در ۷ روز متوالی دریافت کردند. در روز سوم مطالعه به صورت حضوری به افراد گروه مداخله مراجعه شده و یا تماس تلفنی برقرار شد و در صورتی که مادران تا آن روز مداخله را دنبال کرده و علاقه مند به ادامه آن بودند، در مطالعه باقی ماندند. زمان استفاده از مداخله دعا برای مادران بدون قید و شرط بوده و در هر زمان که مادر مایل بوده و احساس آرامش داشت، می‌توانست دعای ضبط شده را گوش دهد. مادران در هر دو گروه در پایان روز هفتم و یک ماه پس از پایان مداخله با ابزار مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس پس آزمون شدند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۱۱/۵ و آزمون‌های آماری t مستقل، آنالیز واریانس، من ویتنی و t زوجی انجام شد. در آزمون‌های آماری، سطح اطمینان ۹۵ درصد و خطای ۵ درصد مدنظر قرار گرفت. در بخش آمار استنباطی، علاوه بر این که گروه‌ها در مراحل قبل و بعد با همدیگر مقایسه شدند، جهت مقایسه‌ی میزان تغییرات بین گروه‌ها از آزمون repeat measurement استفاده شد. به این صورت که تغییرات در افسردگی در گروه‌ها در سه مرحله قبل از مداخله، یک هفته بعد از مداخله و یک ماه بعد مورد مقایسه قرار گرفتند.

دارد و این اختلاف به جهت آماری معنی دار است ($p=0/047$) (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی میزان افسردگی در دو گروه در طی مطالعه

میزان افسردگی	مداخله		کنترل	
	قبل	یک هفته بعد	قبل	یک هفته بعد
عادی	۲۶	۲۷	۲۱	۲۰
خفیف	۳	۲	۴	۱
متوسط	۱	۱	۲	۴
شدید	۰	۰	۰	۰
بسیار شدید	۰	۰	۱	۵
کل	۳۰	۳۰	۳۰	۳۰

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین نمره افسردگی در دو گروه قبل از ورود به مطالعه، یک هفته و یک ماه بعد

مرحله	گروه مداخله		گروه کنترل	
	تعداد	انحراف معیار ± میانگین	تعداد	انحراف معیار ± میانگین
قبل از مداخله	۳۰	۹/۴۸ ± ۹/۲۷	۳۰	۱۱/۵۶ ± ۱۰/۲۷
یک هفته پس از مداخله	۳۰	۴/۶۵ ± ۳/۲۷	۳۰	۹/۱۵ ± ۷/۰۷
یک ماه پس از مداخله	۳۰	۴/۱۹ ± ۲/۷۳	۳۰	۸/۸۳ ± ۶/۲۷

نتیجه آزمون فرید من: $\chi^2=7/79$ آماره $df=2$ $p=0/020$

چنین در گروه کنترل نیز تفاوت وجود دارد و این تفاوت به جهت آماری معنی دار است ($P=0/005$).

بر اساس آزمون انجام شده، نمره افسردگی با هیچ یک از متغیرهای جانبی ارتباط و همبستگی نشان نداد (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۴: بررسی میزان همبستگی نمره افسردگی پیش

از مداخله با متغیرهای وابسته

نتیجه آزمون همبستگی	متغیر جانبی
$p=0/290$ $r=0/139$	تحصیلات مادر اسپرمن
$p=0/112$ $r=0/207$	نوع زایمان اسپرمن
$p=0/067$ $r=0/068$	شغل مادر اسپرمن
$p=0/146$ $r=0/190$	تعداد بارداری اسپرمن
$p=0/036$ $r=0/081$	تعداد زایمان اسپرمن
$p=0/800$ $r=0/033$	رتبه تولد اسپرمن
$p=0/078$ $r=0/230$	محل سکونت اسپرمن
$p=0/391$ $r=0/114$	وضعیت بیمه اسپرمن
$p=0/158$ $r=0/185$	شغل پدر اسپرمن
$p=0/210$ $r=0/164$	تحصیلات پدر اسپرمن
$p=0/179$ $r=0/176$	درآمد پدر اسپرمن
$p=0/077$ $r=0/230$	جنسیت نوزاد اسپرمن
$p=0/235$ $r=0/156$	نمره آبیگار اسپرمن
$p=0/419$ $r=0/106$	سن مادر پیرسون
$p=0/204$ $r=0/166$	سن داخل رحمی نوزاد پیرسون
$p=0/614$ $r=0/067$	وزن تولد نوزاد پیرسون

مقایسه میانگین نمره افسردگی قبل از مداخله با یک هفته پس از مداخله در گروه مداخله اختلاف داشته و بر اساس آزمون آماری ویلکاکسون بین نمره افسردگی قبل از مداخله با پس از اجرای دعا، تفاوت آماری معنی دار وجود دارد ($p=0/001$). هم چنین در گروه کنترل نیز این تفاوت وجود دارد و به لحاظ آماری معنی دار است ($p=0/005$). (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: مقایسه میانگین نمره افسردگی قبل از ورود

به مطالعه با یک هفته و یک ماه بعد در هر دو گروه

مرحله	نتیجه آزمون ویلکاکسون	
	گروه مداخله	گروه کنترل
قبل از مداخله	$Z=4/083$	$Z=2/813$
یک هفته پس از مداخله	$p=0/001$	$p=0/005$
یک ماه پس از مداخله	$Z=4/102$	$Z=2/797$
	$p=0/001$	$p=0/005$

در مقایسه نمره افسردگی قبل از مداخله با یک ماه بعد از مداخله نیز بر اساس آزمون آماری ویلکاکسون، تفاوت آماری معنی دار وجود دارد ($p=0/001$). هم

بحث

پژوهش حاضر با هدف کلی "تعیین تاثیر دعا بر افسردگی مادران دارای نوزاد نارس بستری در بخش ویژه نوزادان" انجام گردید.

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که افسردگی در مادران قبل از شروع مطالعه و در زمانی که با محیط بخش ویژه مواجه شده‌اند ۶۸/۳ درصد عادی و ۳۱/۷ درصد از مادران دارای درجاتی از افسردگی می‌باشند.

Rogers و همکاران (۲۰۱۳)، Padovani و همکاران (۲۰۰۴) Northrup و همکاران (۲۰۱۳) و Vigod و همکاران (۲۰۱۰) نیز نشان دادند که ۲۰-۴۰ درصد از مادران دارای نوزاد نارس بستری در بخش ویژه دارای افسردگی می‌باشند (۳۰،۲۹،۲۸،۲۷). اما Miles و همکاران (۲۰۰۷) و Carvalho و همکاران (۲۰۰۸) نشان دادند این افسردگی بیش از ۵۰ درصد می‌باشد (۱۰،۳۱). نتایج متفاوت در مورد میزان افسردگی در مادران با توجه به شرایط اجتماعی و فرهنگ‌های مختلف، کاملاً طبیعی بود ولی در مجموع آمار به دست آمده از پژوهش‌ها بیانگر وجود افسردگی در ۲۰-۶۳ درصد از مادران دارای نوزاد نارس بستری می‌باشد. با توجه به آزمون‌های آماری، در مورد افسردگی نشان داده شد که مداخله دعا در پایان یک هفته تاثیری در نتایج نداشته است، اما در آزمون یک ماه بعد به طور بارزی گروه مداخله نتایج بهتری داشتند.

نتایج نشان می‌دهد در داده‌های پس از مداخله، مقایسه میانگین نمره افسردگی در دو گروه تفاوت آماری معنی داری وجود ندارد ($p=0/118$) اما یک ماه پس از مداخله بین دو گروه تفاوت آماری معنی دار وجود دارد ($p=0/047$) نمره افسردگی گروه مداخله بهبود قابل ملاحظه‌ای را نشان می‌دهد.

در مطالعه Boelens و همکاران (۲۰۰۹) با عنوان "کارآزمایی تصادفی تاثیر دعا بر افسردگی و اضطراب" که با هدف بررسی تاثیر دعا در شیوه مستقیم بر روی افسردگی، اضطراب، جهت‌گیری زندگی و میزان کورتیزول بزاق بود. گروه مداخله که دعا دریافت کرده بودند، بهبود در معیارهای افسردگی، اضطراب، جهت‌یابی زندگی و تجارب معنوی را نشان دادند و این معیارها یک ماه بعد از مداخله نیز بهتر بودند (۲۲). در این پژوهش مداخله دعا به صورت شش هفته و هفته‌ای یکبار و به صورت حضوری برگزار می‌شد که بهبود افسردگی بلافاصله بعد از اتمام برنامه دعا می‌تواند به دلیل طول زمان مداخله باشد. ولی در هر دو مطالعه نشان داده شد که متغیر افسردگی در گروه مداخله یک ماه بعد از پایان برنامه بهبود بارزی نسبت به گروه کنترل داشته است. مطالعه Bolens بر روی افرادی انجام گرفته است که دارای بیماری افسردگی بودند و در واقع تأثیر برنامه دعا را بر روی بیماری افسردگی اساسی سنجیده است. ولی نمونه‌های پژوهش حاضر از بین کسانی انتخاب شدند که سابقه هیچ مشکل روانپزشکی نداشته و به وسیله پرسشنامه SCL90 غربال شده بودند و هدف از انجام پژوهش، تاثیر دعا بر روی افسردگی موقعیتی بیماران بود که به واسطه شرایط بخش ویژه ایجاد شده بود، لذا برای این منظور، مداخله کوتاه مدت کفایت می‌کرد.

مطالعه‌ای توسط پورفرزاد و همکاران در سال ۱۳۹۱ با عنوان تاثیر دعای توسل بر سلامت روان دانشجویان سال دوم دانشکده پرستاری انجام شد. این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی در دو گروه و به شیوه پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. نتایج، تفاوت معنی داری میان مرحله قبل و بعد گروه آزمون برای دو مقیاس سلامت روان (افسردگی و اضطراب) نشان داد

($p < 0/05$). این مطالعه بر روی جمعیت عادی و افرادی انجام گرفت که در حال حاضر با بحران مواجه نشده‌اند و در واقع تأثیر دعای توسل بر روی معیارهای سلامت عمومی سنجیده شده است و نه بر روی افسردگی موقعیتی و با توجه به این که تأثیر دعا بر روی افسردگی و اضطراب عمومی سنجیده شده است، زمان اجرای مداخله (قرائت دعای توسل دو بار در هفته به مدت چهار هفته) طولانی است که از این نظر با پژوهش حاضر متفاوت است. در این مطالعه، افسردگی بلافاصله بعد از مداخله مورد آزمون قرار نگرفته و یک ماه بعد از پایان مداخله سنجیده شده است (۲۱) ولی نتایج یک ماه بعد با مطالعه حاضر هم‌سو می‌باشد. در هر دو مطالعه نشان داده شد که دعا می‌تواند در کاهش افسردگی در یک ماه بعد از مداخله موثر واقع گردد.

مطالعه‌ای توسط جعفر بوالهیری و همکاران (۲۰۱۲) با هدف اثر بخشی رویکرد گروه درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر شیراز صورت گرفت (۳۲). نتایج مطالعه حاضر با این مطالعه هم‌سو می‌باشد. در این مطالعه نیز افرادی انتخاب شده‌اند که به صورت مرضی، دچار بیماری افسردگی نبودند، بلکه به واسطه شرایط پیش آمده دچار افسردگی موقعیتی گردیده‌اند. البته نحوه مداخله و هم‌چنین زمان پس آزمون در مطالعه بوالهیری با پژوهش حاضر متفاوت می‌باشد.

در مطالعه دیگری که توسط قهاری و همکاران (۱۳۹۱) تحت عنوان "اثر بخشی مداخله‌های شناختی رفتاری و معنوی مذهبی در کاهش اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان" انجام شد (۳۳)، نتایج این مطالعه با پژوهش حاضر غیر هم‌سو است، از

دلایل نا هم‌سو بودن می‌توان به نوع مداخله اشاره داشت که با نوع مداخله دعا متفاوت می‌باشد.

در مطالعه شجاعیان و همکاران (۱۳۸۱) نشان داده شد که بین میزان دعا خواندن در افراد و کاهش افسردگی و اضطراب رابطه مثبت وجود دارد. البته در این مطالعه، مداخله‌ای صورت نگرفته است (۳۴).

در مطالعه‌ای توسط Ahn و همکاران (۲۰۰۴) با عنوان "تأثیر آموزش‌های ترخیص در بازدید از منزل مادران دارای نوزاد نارس بر اعتماد به نفس، دل‌بستگی مادر و افسردگی پس از زایمان" نشان داده شد، مادرانی که تحت مداخله بودند، بهبود بارزی را در معیارهای اعتماد به نفس، عملکرد خانوادگی، دل‌بستگی و افسردگی پس از زایمان نشان دادند (۳۵).

با توجه به آزمون‌های انجام شده در مطالعه حاضر، نمره افسردگی با هیچ یک از متغیرهای مداخله‌گر ارتباط و همبستگی نداشتند که با مطالعات زیر غیر هم‌سو می‌باشد.

در مطالعه Northrup و همکاران (۲۰۱۳) نشان داده شد نمرات بالای افسردگی در مادر دارای نوزاد نارس بستری با عوامل بیماری شدید نوزاد مثل آتروکولیت، نکروزان، وجود فرد سیگاری در خانواده و سن، تحصیلات و درآمد کم‌تر مادر در ارتباط است (۲۹). هم‌چنین Miles و همکاران (۲۰۰۷) بیان داشتند کسب نمرات بالاتر در افسردگی در مادر در خلال سال اول تولد نوزاد نارس با عواملی مثل عدم ازدواج مادر، بستری مجدد نوزاد، داشتن استرس بیشتر در خلال بستری نوزاد در بیمارستان و نگرانی بیشتر در مورد سلامت نوزاد در ارتباط است (۳۱). Rogers و همکاران (۲۰۱۳) گزارش کردند ازدواج مادر، تغییر نقش والدی و طولانی شدن نیاز نوزاد به دستگاه تنفس مصنوعی می‌تواند با افسردگی در مادران در ارتباط باشد (۲۷).

نارس موثر واقع شده و باعث کاهش افسردگی در دراز مدت گردد.

با توجه به این که حمایت مادران در شرایط سخت بعد از زایمان از اهم وظایف پرستاران و خانواده‌ها است و از سویی توسل و تذکر در بطن فرهنگ و عقاید دینی ما نهادینه شده است، لذا استفاده از مراقبه دعا به عنوان مداخله‌ای آسان، ایمن، بدون هزینه و اثربخش در کنترل و رفع مشکلات مادران در محیط بالینی توصیه می‌شود. انجام مطالعات بیش تر با روش‌های دیگر مثل مقایسه با خواندن دعا از روی کتاب دعا توصیه می‌گردد.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی پایان نامه تحصیلی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه نوزادان، مصوب با کد ۹۲۰۱۴۲ و مجوز (کمیته منطقه ای اخلاق مورخ ۱۳۹۲/۵/۲۶) دانشگاه علوم پزشکی مشهد است و با شماره N1 IRCT۲۰۱۴۱۰۰۷۱۹۴۲۹ در مرکز کارآزمایی‌های بالینی ایران ثبت شده است. بدین وسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و کلیه‌ی مادران شرکت کننده در این پژوهش که صمیمانه همکاری نمودند، اعلام می‌داریم.

References

1. Bakhtiari. A Abedi A. Effectiveness of group therapy based on metacognitive model of detached mindfulness on postpartum depression. Journal of Applied Psychology. 2012;6(2):9-24 (persian).
2. Golyan Tehrani S, Geranmaeh M, Cheraghi O, mehnan A. The relation between postpartum depression with total serum cholesterol changes before and after child birth. Hayat. 2008;13(4):59-68. (persian).
3. http://www.WHO.Int/mental_health/prevention/suicide/Maternal_MH/en/index
4. Ryan D, Milis L, Misri N, Depression during pregnancy. Can Fam Physician. 2005; 51(8):1087-1093.

Vigod و همکاران (۲۰۱۰) نیز بیان داشتند باقی ماندن افسردگی در مادر با عواملی از قبیل سن داخل رحمی کم تر نوزاد در هنگام تولد، وزن کم تر نوزاد در زمان تولد، شدت بیماری و ناتوانی نوزاد و کمبود دریافت حمایت‌های اجتماعی در ارتباط است (۳۰). نتایج مطالعه Padovani و همکاران (۲۰۰۴) با نتایج پژوهش حاضر هم سو می‌باشد. در این مطالعه نیز نشان داده شد افسردگی در مادر با هیچ یک از متغیرها از جمله سن و تحصیلات مادر، آپگار نوزاد، سن جنینی نوزاد و مدت زمان اقامت در بیمارستان در ارتباط نبود (۲۸).

در پایان می‌توان نتیجه گرفت که تفاوت‌های شخصیتی و سازگار شدن با شرایط استرس‌زا و هم چنین نوع خانواده از نظر تعاملات با دیگران و اجتماع و میزان دریافت حمایت مادر از منابع دیگر می‌تواند در بروز افسردگی موثر باشد که در این مطالعه مورد بررسی قرار نگرفت و از محدودیت‌های پژوهش بود. پژوهش حاضر نشان داد مادران دارای نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان دارای درجات بالایی از فشار روانی (افسردگی) بوده و نیاز به حمایت روانی دارند. در میان انواع ساز و کارهای حمایتی، با توجه به شرایط فرهنگی و اعتقادی جامعه ایرانی، دعا و نیایش می‌تواند در سازگاری بهتر مادر با شرایط استرس‌زای تولد نوزاد

5. Sedighi Z, Jahangir A, Karbakhsh M, Maftoon F, Khodae S, Harrirchi I. The survey of physicians' views and performance of prayer on treatment. *daneshvar med.* 2009;16(82):67-72. (persian).
6. Tabrizi M. Lorestani K. Eclectic effectiveness of intervention on depression in pregnancy and the prevention of postpartum depression. *Andesheh Va Raftar.* 2010; 5(17):19-26.
7. Letourneau N, Duffett-Leger L, Dennis CL, Stewart M. Identifying the support needs of fathers affected by postpartum depression: A pilot study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2011; 18(1):41-47.
8. Verklan TM. Walden M. Core Curriculum for Neonatal Intensive Care Nursing. 4th ed. Netherlands .Elsevier; 2010.
9. Beck TC. The effects of postpartum depression on maternal-infant interaction: A meta-analysis. *Nurs Res.* 1995; 44(5):298-304.
10. Carvalho AE, Martinez FE, Linhares MB. Maternal anxiety and depression and development of prematurty born infants in the first year of life. *Span J Psychol.* 2008; 11(2):600-608.
11. Morey JA, Gregory K. Nurse-led education mitigates maternal stress and enhances knowledge in the NICU. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2012; 37(3):182-191.
12. Koutra K, Chatzi L, Bagkeris M, Vassilaki M, Bitsios P, Kogevas M. Antenatal and postnatal maternal mental health as determinants of infant neurodevelopment at 18 months of age in a mother-child cohort (Rhea Study) in Crete Greece. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013;48(8):1335-1345.
13. Forster DA, McLachlan HL, Lumley J . Factors associated with breastfeeding at six months postpartum in a group of Australian women. *Int Breastfeed J.* 2006;1(18):1-12.
14. McManus BM, Poehlmann J. Parent-child interaction, maternal depressive symptoms and preterm infant cognitive function. *Infant Behav Dev.* 2012;35(3):489-498.
15. Moran MR. The study of association between uses of spirituality (religious attitude) with mental health in safe community. 2th Conference on Safe Society of Tehran, Oct 15; Tehran: Iran ;2009(Persian).
16. Hojjati H, Taheri N, Akhundzade G , Heydari B, Sharifnia S H. Praying rate in hemodialysis patients of Golestan province. *Iranian Journal of Critical Care Nursing.* 2010; 3(2):75-9 (Persian).
17. Masters KS, Spielmans GI. Prayer and Health: Review, Meta-Analysis, and Research Agenda. *J Behav Med.* 2007; 30 (4):329-338.
18. Rafiei Gh R. The role of prayer on physical and mental health. *J Qom Univ Med Sci.* 2011; 5(3):63-76 (Persian).

19. Bahrami Dashtaki H, Alizade H, Ghobari Bonab B, Karami A. Effectiveness of group spirituality training on decreasing of depression in students education, Consulting Research Development 2006; 5(19):49-72 (Persian).
20. Ebrahimi A, Neshat Dust H, kalantari M, Nasiri H. The relationship between listed and pray with students' anxiety. Journal of Research in Behavioural Sciences .2005; 2:43-9(Persian).
21. Purfarzad Z, Faramahini Farahani M, Ghamari zare Z, Ghorbani M. Effect of Tavassol prayer on mental health of second year nursing students of School of Nursing. cmja. 2012; 2(2):135-47(Persian).
22. Boelens PA, Reeves RR, Replogle WH, Koenig HG. A randomized trial of the effect of prayer on depression and anxiety. Int J Psychiatry Med. 2009; 39(4):377-392.
23. Hojati H, Ghorbani M, Nazari R, Sharifnia H, Akhondzade Gh, The relationship between prayer frequency and spiritual health in patients under hemodialysis therapy. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2010; 12(2):514-521 (Persian).
24. Anisi J, Akbari F, Majdian M, Atashkar M, Ghorbani Z. Standardization of Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90 -R) of a military Unit. Journal of Military Psychology. 2011; 2(5):29-37 (persian).
25. Lovibond .P.F, Lovibond .S.H, The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories, Behav.Res.Ther.1995; 133(3):335-343.
26. Sahebi A, Asghari M, Salari RS. Validation of Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) for an Iranian Population. Journal of Iranian Psychologists. 2005; 1:299 – 310 (persian).
27. Rogers CE, Kidokoro H, Wallendorf M, Inder TE. Identifying mothers of very preterm infants at-risk for postpartum depression and anxiety before discharge. Perinatol. 2013; 33(3):171-176.
28. Padovani FH, Linhares MB, Carvalho AE, Duarte G. Anxiety and depression symptoms assessment in pre-term neonates' mothers during and after hospitalization in neonatal intensive care unit. Rev Bras Psiquiatr. 2004; 26(4):251-264.
29. Northrup TF, Evans PW, Stotts AL. Depression among mothers of high-risk infants discharged from a neonatal intensive care unit. MCN Am J Maternal Child Nurs. 2013; 38(2):89-94.
30. Vigod SN, Villegas L, Dennis CL, Ross LE. Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. BJOG. 2010; 117(5):540-550.
31. Miles MS, Holditch-Davis D, Schwartz TA, Scher M. Depressive symptoms in

- mothers of prematurely born infants. *J Dev Behav Pediatr.* 2007; 28(1):36-44.
32. Bolhari J, Naziri Gh, Zamanian S. Effectiveness of Spiritual Group Therapy in Reducing Depression, Anxiety, and Stress of Women with Breast Cancer. *Quarterly Journal of Women & society.* 2012; 3:85-116 (Persian).
33. Ghahari S, Fallah R, Bolhari J, Moosavi M, Razaghi Z, Akbari ME, Effectiveness of Cognitive-behavioral and Spiritual-religious Interventions on Reducing Anxiety and Depression of Women with Breast Cancer. *Knowledge & Research in Applied Psychology.* 2012;13(4):33-40.
34. Shojaiyan R, Zamani Monfared A. Relation pray-mental health and job performance of technical personnel munitions industries. *Iraninan Psychiatry & Clinical Psychology.* 2002;8(2):33-39(Persian).
35. Ahn YM, Kim MR. The effects of a home-visiting discharge education on maternal self-esteem, maternal attachment, postpartum depression and family function in the mothers of NICU infants. *Taehan Kanho Hakhoe Chi.* 2004;34(8):1468-1476.